

Deze vragenlijst is bedoeld om meer te weten te komen over de gezondheid en leefgewoonten van uw kind.

GEGEVENS KIND

Naam kind:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer ouders(s)/verzorger(s):

E-mailadres ouders(s)/verzorger(s):

Gezinssamenstelling:

ACHTERGRONDINFORMATIE

Huisarts:

Naam huidige school:

Sinds:

Reden voor speciaal onderwijs:

Naam vorige school/scholen:

Locatie vorige school/scholen:

1. Gaat uw kind met plezier naar school?

- Ja Nee

2. Heeft uw kind op dit moment (lichamelijke) klachten?

Ja, namelijk: _____

Nee

3. Is uw kind onder behandeling van een specialist?

U kunt denken aan een kinderarts, KNO-arts, psycholoog, psychiater etc.

Ja, namelijk voor: _____

_____ (ga naar vraag 3a en 3b)

Nee (ga naar vraag 4)

3a. Bij welke specialist/specialisten is uw kind onder behandeling?

• _____ • _____
• _____ • _____

3b. In welk ziekenhuis/ziekenhuizen is uw kind onder behandeling?

• _____ • _____
• _____ • _____

4. Is uw kind regelmatig niet op school door ziekte?

- Ja Nee

5. Heeft uw kind logopedie (gehad)?

Ja, in de periode van _____ tot _____

Nee

6. Heeft uw kind fysiotherapie (gehad)?

Ja, in de periode van _____ tot _____

Nee

7. Maakt u voor uw kind gebruik van andere hulpverlening?

U kunt denken aan persoonlijke hulp thuis, opvoedhulp, Stichting MEE etc.

Ja, namelijk bij: _____

Nee

8. Gaat uw kind regelmatig naar de tandarts?

- Ja Nee

9. Heeft uw kind alle vaccinaties gehad?

- Ja Nee

10. Gebruikt uw kind medicijnen?

Het is handig om de doosjes mee te nemen.

Ja, namelijk voor: _____

(ga naar vraag 10a en b)

Nee (ga naar vraag 11)

10a. Wat is de naam en bijbehorende dosering van de medicijnen?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

10b. Door wie zijn de medicijnen voorgeschreven?

11. Eet uw kind veel verschillende dingen?

U kunt denken aan brood, zuivel, groenten en fruit.

- Ja Nee

12. Zijn er bijzonderheden over het slapen van uw kind?

Ja, namelijk: _____

Nee

13. Zijn er bijzonderheden over de zindelijkheid van uw kind?

Ja, namelijk: _____

Nee

14. Wordt uw kind geplaagd?

- Ja Nee

15. Is uw kind onhandig?

Ja, namelijk: _____

Nee

16. Geeft het gedrag van uw kind problemen?

- Ja, namelijk: _____

- Nee

17. Doet uw kind wel eens gevaarlijke of verboden dingen?

- Ja, namelijk: _____

- Nee

18. Is uw kind in bepaalde situaties bang?

- Ja, namelijk: _____

- Nee

19. Heeft uw kind ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt?

U kunt denken aan een echtscheiding, overlijden of ziekte van een geliefd persoon etc.

- Ja, namelijk: _____

- Nee

20. Wat zijn sterke kanten van uw kind?

- _____
- _____
- _____
- _____

21. Zijn er zaken die u met de jeugdarts wilt bespreken waar uw kind niet bij is?

- Ja, namelijk: _____

- Nee

22. Heeft uw verder nog bijzonderheden, vragen of zorgen?

- Ja, namelijk: _____

- Nee

Datum: _____

Wettelijke vertegenwoordiger:

Naam: _____

Handtekening: _____